Aus dem Neurologischen Ambulatorium der Allgemeinen Universitätspoliklinik Basel.
Vorsteher : Professor *Rob. Bing.*

Ischias und Militärdienst

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

Eduard von Sury d'Aspremont
von Solothurn.

— 1932 —
Imprimerie J. Brinkmann
Mulhouse

Aus dem Neurologischen Ambulatorium der Allgemeinen Universitätspoliklinik Basel.
Vorsteher : Professor *Rob. Bing.*

Ischias und Militärdienst

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

Eduard von Sury d'Aspremont
von Solothurn.

— 1932 —
Imprimerie J. Brinkmann
Mulhouse

Von der medizinischen Fakultät Basel
genehmigt auf Antrag von

Herrn Professor Robert Bing.

Tag der Promotion: 19. Dezember 1931.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546709_0159

Ischias ist die bei weitem häufigste und nebst der Trigeminusneuralgie praktisch wichtigste Neuralgie. Es gilt dies ganz besonders auch für die an Neuralgie erkrankten Militärpatienten. Wir werden uns hier nur mit der einfachen, primären Ischias beschäftigen. Es soll aber, wenn die Diagnose der Ischialgie als solche feststeht, doch stets unter genauer Berücksichtigung des Gesamtzustandes des Kranken sichergestellt werden, ob es sich nicht etwa um eine symptomatische Ischias im Anschluss an ein andersartiges Grundleiden handelt.

Worauf eigentlich die *Ischias* beruht, darüber herrschen verschiedene Meinungen. Einige Autoren bezeichnen sie als *Neuralgie*, andere dagegen als *Neuritis*, wieder andere unterscheiden grundsätzlich verschiedene Formen von Ischias, nämlich eine neuralgische, eine neuritische und eine Mischform. *Oppenheim* (1) sagt, wenn es überhaupt schwierig ist zwischen der Neuralgie und der Neuritis eine scharfe Grenze zu ziehen, dies ganz besonders für die uns hier beschäftigende Form gilt. Es ist zweifellos, dass den Symptomen der Ischias häufig eine leichte Neuritis des Ischiadicus zugrunde liegt, die gelegentlich einen solchen Grad erreicht, dass auch die klinischen Erscheinungen den neuritischen Prozess verraten. In der grossen Mehrzahl der Fälle fehlen zwar diese Zeichen, aber es steht fest, dass alle Uebergangsstufen zwischen der Neuralgie und der Neuritis vorkommen.

Immerhin lassen sich gewisse Symptome für die eine oder die andere Form bewerten, so führt *Bing* (2) zur *Differentialdiagnose* zwischen Ischiasneuralgie zur Neuritis ischiadica an: Diese ist gegenüber der Neuralgia ischiadica durch die Kontinuität des Schmerzes, die grössere Intensität der objektiven Sensibilitätsstörungen (zuweilen bestehen stellenweise totale Anästhesien), die ausgesprochene Muskelatrophie, eventuell mit Entartungsreaktion, die stärkeren vasomotorischen und trophischen Anomalien charakterisiert. Dazu kommt die

(1) *Oppenheim*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 7. A. 1923.
(2) *Bing*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 3. A. 1924.

Volumvermehrung des Nerven, den man gelegentlich hinter dem Trochanter als derben Strang palpieren kann.

Die *Neuritis* kann vom Perineurium ausgehen und sich im wesentlichen auf dieses beschränken (Perineuritis), sie kann ihren Sitz hauptsächlich in dem interstitiellen Gewebe haben (interstitielle Neuritis) oder sich in den Nervenfasern abspielen (parenchymatöse Neuritis). Die ersten beiden Formen entsprechen dem Typus eines echten Entzündungsprozesses, die letztere deckt sich mit der Nervendegeneration und bedingt dieselben Veränderungen wie sie als Folgezustände einer Nervendurchschneidung oder sekundären Nervendegeneration bekannt sind. Im Gegensatz zu der zu motorischen Lähmungen führenden Neuritis mit Veränderungen der Nervenfaser selbst (parenchymatöse Neuritis) handelt es sich bei der reinen Ischias — soweit es natürlich eine Neuritis betrifft — wohl meist um Veränderungen des interstitiellen Bindegewebes des Nerven. Immerhin können sich interstitielle und parenchymatöse Veränderungen gleichzeitig nebeneinander entwickeln, je nach der Schwere des Falles.

Dass nicht immer alle sensiblen Endäste des Ischiadicus in gleicher Weise beteiligt sind, sondern bald mehr die einen, bald mehr die andern, das zeigt die tägliche Erfahrung. Bei der sogenannten *Wurzelischias* finden sich Sensibilitätsstörungen in der Gesässgegend und an der Hinterfläche des Oberschenkels, deren Verteilung den Innervationsgebieten der Sakral- (zuweilen auch der Lumbal-) wurzeln entspricht. Die Form unterscheidet sich auch sonst von der gewöhnlichen Ischias durch die häufig vorhandene Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule, durch die hier gelegentlich vorkommende Entwicklung von trophischen Störungen (Herpes, Mal perforant). Doch wollen wir uns nicht jetzt über die einzelnen Symptome der Ischias auseinandersetzen, wir werden in der Folge noch zur Genüge darauf zurückkommen.

Es sollen hier die Ischiaserkrankungen zweier Militärpatienten eingehend dargestellt werden. Sie verdienen besonderes Interesse, da sie sehr verschieden beurteilt wurden. Erst die *Obergutachten* von Herrn Prof.

Bing, der mir in zuvorkommender Weise seine Akten zur Bearbeitung überlassen hat, haben schliesslich beim eidgenössischen Versicherungsgericht den Entscheid gegeben.

Anschliessend werde ich noch das statistische Material über die letztjährigen Erkrankungen an Ischias im Militärdienst beifügen, das ich in den Archiven der Militärversicherung in Bern gesammelt habe.

Fall 1.

M. J., Hilfsdienstpflichtiger (militärfrei wegen Ziffer 93: Neurasthenie).

Familien- und persönliche Anamnese vor der Ischiaserkrankung: Nichts Besonderes.

Im August 1915, während seiner Anstellung im eidgenössischen Zentralmagazin in Schwyz, erkrankte M. J., infolge Erkältung, an linksseitiger Ischias. So die Akten. M. J. selber führt sein jetziges Leiden in erster Linie auf einen Unfall zurück, den er im August 1915 (als aufgebotener Hilfsdienstpflichtiger) beim Schieben eines Eisenbahnwagens durch Fall mit dem linken Knie auf eine Weiche erlitten hat. Das Knie sei angeschwollen und blau verfärbt gewesen; M. J. habe es im Krankenzimmer etwa eine Woche lang auf Anordnung des Schwyzer Platzarztes mit Umschlägen behandeln müssen. Kaum habe er aber 5 Tage lang wieder gearbeitet, zog er sich beim obligatorischen Baden im Lowerzer See eine Erkältung zu, wodurch das linke Knie wieder stärker angeschwollen und auch schmerzhaft geworden sei. Deshalb sei er ins Spital nach Schwyz versetzt worden, wo man Ischias des linken Beines und Kontusion des linken Knies festgestellt habe. Von dort wurde er am 10. November 1915 in eine Rekonvaleszentenkompagnie der Etappensanitätsanstalt in Zofingen transferiert. Status: Lasègue positiv, typische Ischiadikusdruckpunkte.

6. Januar 1916 erfolgte die Einweisung in den Freihof in Baden zu einer Thermalkur.

10. Februar 1916 Entlassung mit Vermerk: Ischias mit Skoliose, fast geheilt. Der Patient seinerseits gibt dagegen an, die Beschwerden seien unverändert geblieben.

20. Februar — 1. April 1916 konsultierte M. J. den Arzt in Schwyz und sprach von einem starken Rückfall. Der Arzt war der Ansicht, dass der Patient bei gutem Willen wohl leichtere Arbeit hätte verrichten können. M. J. gibt an, durch die Behandlung des Arztes sei endlich Besserung eingetreten, so dass er am 13. Juni 1916 eine Stelle als Zivilarbeiter bei der Depotkompagnie in Andermatt habe antreten können. Doch seien nach wie vor Schmerzen im linken Bein vorhanden gewesen, die wiederholt Behandlung mit Salicylpräparaten notwendig gemacht hätten. Dort erlitt er eine Kontusion des linken Oberarms und Ellenbogens, wurde am 19. Juni 1917 deshalb in die Festungssanitätsanstalt eingewiesen, wegen Bursitis olecrani behandelt und im 9. Juli 1917 geheilt entlassen. In den diesbezüglichen Akten geschieht bei diesem Anlass keine Erwähnung der Ischias.

Am 8. November 1921 meldete M. J., der unterdessen als Zivilarbeiter bei der Fort-Verwaltung Airolo angestellt worden war, eine Heilung seiner linksseitigen Ischias sei bis jetzt nicht eingetreten. Der Patient klagte über Schwäche und bisweilen Schmerzen im linken Bein, jedoch nicht beständig, besonders beim Tragen oder Heben schwerer Lasten. Es erfolgte eine *Begutachtung* durch Dr. D. in Luzern: Bestätigung einer Skoliose; Druckempfindlichkeit am Gluteal- und Peronalpunkt. Lasègue'sche und Bonnet'sche Ischiassymptom positiv, dagegen Feuerstein'sche Zeichen negativ. Als verdächtig wurde die Angabe des Exploranden bezeichnet, ein von unten auf dessen linken Fuss ausgeübter Stoss löse Schmerzen im Hüftgelenk aus, denn die Röntgenbilder dieses letzteren ergaben durchaus normale Verhältnisse. Dr. D. gelangte zum Schlusse, es seien noch gewisse Residuen der früher als dienstlich anerkannten Ischias vorhanden, doch würden sich die noch geklagten Schmerzen wahrscheinlich nach und nach verlieren. Aerztliche Behandlung sei unnötig, das Beste sei, wenn der Patient sein Bein, wie es seit 5 Jahren geschehe, zur Arbeit weiter verwende.

19. Dezember 1927, also rund 6 Jahre später, lief nun ein Bericht des Militärspitals Andermatt bei der Militärversicherung ein. M. J. sei wegen der Affektion seines linken Beines vom Platzarzt von Airolo eingewiesen

worden. Es seien aber nur geringe Residuen einer linksseitigen Ischias (geringer Dehnungsschmerz, angebliche Druckdolenz des Nerven an verschiedenen Stellen, leichte Hypalgesie, leicht hinkender Gang) zu konstatieren gewesen. Der Mann klage aber in letzter Zeit oft über Kältegefühl am Unterleib, Atem- und Magenbeschwerden, Kopfweh, Schwindel, erschwerte Harnentleerung u. a. m. — alles ohne feststellbare organische Grundlage. Das ganze Auftreten und Gebahren sei dasjenige eines Neurasthenikers. Für das Chronischwerden von Ischiasbeschwerden könnten Venenerweiterungen, die der Patient an den Beinen, links mehr als rechts, aufweise, mitverantwortlich sein. M. J. habe seit fünf Jahren seinen strengen Dienst als Fuhrmann der Fort-Verwaltung ohne Krankmeldung, ja selbst ohne Inanspruchnahme von Ferienurlaub ausgeführt, sei also nicht arbeitsunfähig und auch auf dem Arbeitsmarkte nicht erheblich entwertet; anderseits seien spätere Verschlimmerungen nicht ausgeschlossen und daher eine Abfindung seitens der Militärversicherung zu empfehlen.

Die Verhandlungen zwischen Militärversicherung und M. J. blieben jedoch ergebnislos.

Die Situation blieb unverändert, bis am 3. August 1928 Dr. K. in Airolo den Exploranden bei der Militärversicherung krank meldete, weil er am 27. Juli 1928 beim Abladen eines Heubündels plötzlich einen heftigen Schmerz in der linken Lendengegend verspürt habe. Es handle sich um eine traumatische Lumbago bei einer vor vielen Jahren acquirierten und seither nie vollständig ausgeheilten linksseitigen Ischias. Die Suval habe die Uebernahme des Falles abgelehnt. M. J. sagt aus, dass seine Ischias von da an sich stärker bemerkbar gemacht habe und seine Haltung beim Stehen und Gehen immer schiefer geworden sei.

17.—23. August 1928 befand sich M. J. im Ospedale Civico in Bellinzona von wo er, als von seiner frischen Lumbago geheilt und nur noch mit alter Ischias behaftet, entlassen wurde. Der Vertrauensarzt der Militärversicherung schätzte die Arbeitsfähigkeit auf ca. 70% und empfahl die Einholung eines neurologischen Gutachtens, worauf M. J. unter Anerkennung als Militärpatient in die Arbeitsheilstätte Novaggio eingewiesen

wurde; er blieb daselbst vom 19. September bis 10. Dezember 1928. Aus der dortigen Krankengeschichte geht hervor, dass der Explorand als starker Uebertreiber seiner Beschwerden aufgefasst wurde. Die Störungen der Gangart und der Körperhaltung, die er aufwies, führten zu dieser Annahme. Er ging nämlich stark hinkend, mit im Knie gebeugtem linken Bein, nur auf die Zehen des linken Fusses auftretend und hielt den Kopf in Flexion, nach vorne und nach links fixiert. Legte man ihn aber hin, so verschwand zunächst seine Skoliose zum grossen Teile und der Kopf kam dabei in eine gerade Stellung, nachdem er sich jedoch von seiner Position Rechenschaft gegeben, hielt er den Kopf wieder nach links fixiert. Bei Vornahme des Lasègue'schen Versuches habe er ferner unnatürlich gestöhnt (jedoch ohne exakte Schmerzangabe), allen passiven Bewegungsversuchen am linken Bein teils starken Widerstand, unter Schmerzäusserungen, entgegengesetzt, teils wiederum sie anstandslos ausführen lassen; überhaupt sei sein Verhalten widerspruchsvoll gewesen. Nachdem auch Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule, des Beckens und der Hüftgelenke vorgenommen worden waren und diese nichts anderes an pathologischen Befunden offenbart hatten als eine knöcherne Brücke (scheinbar als Ausdruck von Arthritis deformans) zwischen 8. und 9. Brustwirbel, wurde nach Antrag des Chefarztes, M. J. am 10. Dezember 1928 ins Privatkrankenhaus Winterthur zur Begutachtung verlegt.

Das Resumé dieses *Begutachtung* ist folgendes: Der Experte kam zur Ueberzeugung, es liege nur noch eine «reine und schwere Neurose» vor, worauf die eigenartige Zwangshaltung und der stark hinkende Gang beruhten, während doch am linken Beine nicht die leiseste Atrophie wahrnehmbar und das Lasègue'sche Symptom nur ganz schwach vorhanden sei; was die beim Abtasten von Ischiasdruckpunkten, aber auch an indifferenten Stellen lebhaft geklagten Druckschmerzen betreffe, so seien sie psychisch zu erklären, da M. J. infolge der vielen früheren Untersuchungen genau wisse, worauf es ankomme. Zeitweise habe der Experte sogar Verdacht auf bewusste Uebertreibung seitens des Exploranten gehabt. Er beantrage glatte Abweisung aller Ansprüche des M. J.

Ein konsultierter Nervenspezialist kam nach einer minutiösen Vornahme aller Sensibilitätsprüfungen zu folgendem Schlusse: Ob eine wirkliche Ischias vorliege, sei schwer zu entscheiden. Irgendwelche streng objektive Zeichen einer solchen seien jedenfalls nicht vorhanden. Die groteske Zwangshaltung, die halbseitigen Sensibilitätsstörungen, die geklagten Blasenstörungen (häufiger Urindrang) und Brustbeschwerden (Atemnot, Stich auf der Brust bei körperlicher Arbeit), werden als Symptome einer schweren Neurose bezeichnet.

Ein weiterer zugezogener Nervenfacharzt kam zum Ergebnis, es handle sich um eine chronische, weitgehend abgeheilte linksseitige Ischias mit ausgedehnten gewohnheitsmässig festgehaltenen Schonungshaltungen. Dazu komme eine ähnliche Schonungshaltung des Kopfes in Anschluss an eine wahrscheinlich mit dem Unfall im Juli 1928 zusammenhängende Muskelkontusion der rechten Schulter und Halsseite. Bei dem leicht alkoholisierten Patienten (Fuhrmann), heisst es weiter, bestehen Zeichen einer leichten vorwiegend linksseitigen Polyneuritis (Parästhesien, Sensibilitätsstörungen, Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme, Tremor). Die Psychoexploration ergebe reichliches Material für das Vorhandensein einer allgemeinen Neurose, dagegen seien keine Anhaltspunkte für bewusste Uebertreibung noch Simulation vorhanden.

Es liegt noch der Röntgenbericht eines Spezialisten vor, der zur Diagnose chron. deformierende Spondylitis mässigen Grades speziell des Brustteiles gelangte.

Auf Grund dieser Expertise lehnte die Militärversicherung die Anerkennung von M. J. als Militärpatient ab.

Wie wir durch den Patienten vernehmen, arbeitete er wieder in Airolo, freilich mit öfteren Unterbrechungen wegen zeitweiliger starker Zunahme der Ischiasschmerzen. Nach seiner Aussage sei sein Zustand seit Anfang 1929 unverändert.

Da die Militärversicherung irgendwelche weitere Leistungen ablehnte, wurde durch M. J. am 19. Januar 1929 beim eidgenössischen Versicherungsgericht Rekurs eingelegt.

Letzteres verordnete:

a) Einvernahme von Zeugen.

b) Persönliche Befragung des Berufungsklägers.

c) Medizinische Expertise durch den Oberarzt der Suval.

a) Einvernahme der Zeugen: Die am 15. Juli 1929 in Airolo zu Protokoll gegebenen Zeugenaussagen stellen in bemerkenswerter Uebereinstimmung fest, dass nicht die geringsten Anhaltspunkte für die Annahme von Alkoholismus bei M. J. vorhanden sind. Ferner wird ihm allgemein das Zeugnis eines ungewöhnlich pflichteifrigen und arbeitsamen Mannes ausgestellt. Oberst L. hebt direkt hervor, dass der Explorand stets Ueberzeitarbeit geleistet habe. Dieser Vorgesetzte fügt bei: ich kenne die ärztlichen Gutachten und muss sagen, dass das Bild aus diesem Gutachten über M. J. mit dem Bilde, das mir über seine Arbeitsleistung bekannt ist, nicht übereinstimmt, bis vor einigen Monaten, als die Differenz mit der Militärversicherung begonnen. Auch der Fortverwalter in Airolo bemerkte, dass M. J. hinkte, ebenso dessen schiefe Haltung seit einigen Jahren. Namentlich in den letzten Jahren klagte der Explorand dem Adjudant-Unteroffizier, dem auch dessen Hinken auffiel, über Schmerzen im Bein, namentlich beim Auf- und Abladen am Wagen. Mehrere Mitarbeiter können bezeugen, dass seit der Uebersiedelung nach Airolo, also seit 1919, M. J. stets einen hinkenden Gang und während der ganzen Zeit eine ganz typische schiefe Stellung und Haltung hatte. Sie heben auch hervor, wie wenig wehleidig M. J. gewesen sei, dass er aber trotzdem in den letzten Jahren, «als es wirklich nicht mehr ging», gelegentlich die Arbeit aussetzen und vertreten werden musste. Der Fuhrhalter M. in Andermatt, unter welchem in den Jahren 1917 und 1918 M. J. Fuhrmannsdienst getan hat, sagt aus, dass M. J. damals stets über Rheumatismus klagte und hinkte. Auch die Schwester des Patienten bestätigt diese Aussagen.

Angesichts dieser ungemein präzisen und untereinander konformen Zeugenaussagen und ihrer grossen Diskrepanz gegenüber dem Winterthurer Gutachten, äusserte der Oberarzt der Suval Bedenken grundsätzlicher Natur gegenüber jener Expertise — da sie den

modernen Erfahrungen über sogenannte radikulitische Ischiasformen mit ihrer von derjenigen der klassischen (peripheren) Ischiasformen abweichenden Symptomatologie nicht Rechnung trage —, lehnte aber die Begutachtung des Falles ab, weil sie für die ihm allein mögliche ambulante Untersuchung des Exploranden zu kompliziert sei und klinische Beobachtung erfordere. Daraufhin wurde Herrn Prof. *Bing* das Mandat als Sachverständigen erteilt.

b) Angaben des Exploranden:

Von seinen Beschwerden gibt er folgende Schilderung: Die Witterung übe auf dieselben einen sehr starken Einfluss aus. «Schlechte Zeiten» habe er namentlich bei Föhnlage, Nebel, feuchtem Schneewetter, «bessere Zeiten» dagegen bei schöner, trockener, warmer Witterung. Früher seien doch noch tagelange schmerzfreie Intervalle vorgekommen, jetzt nicht mehr. Auch die Arbeitsleistung habe auf seinen Zustand deutlichen Einfluss. Im allgemeinen fühle er sich im Bett am wohlsten; es könne sogar vorkommen, dass er dort ganz schmerzfrei sei. Nach Tagen schwerer Arbeit (Lastenheben) halte freilich das «Reissen» im linken Bein auch nachtsüber an. Am besten bekomme ihm Seitenlage, besonders auf der rechten Seite, vorausgesetzt, dass er dabei das linke Knie gebeugt halte. Unangenehm sei ihm dagegen die Rückenlage mit gestrecktem linken Knie. Sitzen halte er jedoch relativ gut aus, seit er sich schiefes Sitzen angewöhnt habe, d. h. nur die rechte Gesässhälfte auf dem Sessel ruhen lasse. Ferner suche er sich immer gute Polsterung zu verschaffen.

Der geklagte Schmerz wird als von ziehendem und kontinuierlichem Charakter geschildert. Nur selten soll sich noch anfallsweise ein scharfer, reissender Schmerz hinzugesellen, und zwar meistens ausgelöst durch eine starke Erschütterung, einen ungeschickten Schritt, ruckweises Aufnehmen eines schweren Gewichtes, usw. Während der ersten Zeit seiner Ischiaserkrankung soll dagegen der Schmerz einen ausgesprochenen paroxysmalen, ziehenden und «giftigen» Charakter aufgewiesen haben. Die Schmerzbahn soll vom unteren Glutealpunkt über die Rückfläche des Oberschenkels und die

Gegend des Wadenbeinköpfchens sich bis zum äusseren Fussknöchel und äusseren Fussrand erstrecken. Ausnahmsweise habe er Schmerzen an der Aussenseite des linken Oberschenkels. Stuhlverstopfung steigere den Schmerz. Beim Gehen seien höchstens ein paar Schritte in normaler Weise möglich, sonst müsse er stets das linke Bein schonen und das Körpergewicht vorwiegend auf das rechte verlegen.

An weiteren Beschwerden macht der Explorand namhaft: Stuhlträgheit, worunter gelegentlich auch der (sonst gute) Appetit leide. Zuweilen aber im Gegenteil Durchfall, der einen lindernden Einfluss auf die Beschwerden des linken Beines ausübe. Seit einigen Jahren leichte Schwerhörigkeit des linken Ohres. Neuerdings Abnahme der Sehschärfe, er müsse in den Morgenstunden oft «starr dreinschauen», könne dabei die Augen nicht nach rechts und links spielen lassen. Vor kurzem will M. J. infolge einer Erkältung, die er sich am 8. Januar 1930 dadurch zugezogen, dass er den ganzen Tag Ausrüstungsgegenstände habe waschen müssen, an Enteritis und Blasenentzündung erkrankt, nunmehr aber ungefähr geheilt sein, wenn er auch die Arbeit noch nicht wieder aufgenommen habe. Der Urin sei auf die vom behandelnden Arzt verordneten Mittel jetzt wieder klar geworden.

Weitere Beschwerden habe er nicht. Auf Durchbefragen kein Kopfweh, kein Herzklopfen, kein Zittern, keine Brustbeschwerden mehr. Die Störungen des Empfindungsvermögens (auf Nadelstich usw.), die man anlässlich der Begutachtung in Winterthur an ihm festgestellt habe, seien gleichfalls später verschwunden. Er wolle überhaupt darauf aufmerksam machen, dass es ihm noch nie so schlimm gegangen sei wie damals, was er auf die plötzliche Versetzung aus dem warmen, geschützten Novaggio in das kalte, neblige Winterthur bezieht.

c) Status praesens:

Es handelt sich um einen 41-jährigen, muskelstarken, grobknochigen, sehr gut genährten, korpulenten Mann von 176,5 cm Körpergrösse und 92,6 kg. Gewicht. Das Gesicht zeigt gesunde Hautfarbe, ist etwas gerötet,

jedoch ohne Cyanose. Die Körperhaut ist etwas feucht, von normalem Turgor. Die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Der wohlgebildete Schädel ist frei beweglich, nirgends klopf- oder druckempfindlich, auch nicht an den Nervenaustrittspunkten. Der Gaumen ist gut konfiguriert, die Zähne teils fehlend, teils schadhaft; die unteren Molaren sind beiderseits durch eine Prothese ersetzt. Hals fleischig gerötet.

Die Augen zeigen durchaus keine muskulären Störungen im Sinne der vom Exploranden geklagten zeitweiligen Starrheit und Behinderung des Seitwärtsblickens. Dagegen bestehen ein chronischer Bindehautkatarrh mässigen Grades, sowie die als Astigmatismus mixtus bezeichnete Refraktionsanomalie. Die brechenden Medien sind klar, der Augenspiegelbefund o. B., das Gesichtsfeld jedoch in einer Weise stark konzentrisch eingeschränkt, wie sie als häufiger Befund bei Neurotikern bekannt ist. Die Sklera zeigt an beiden Augen etwas gelbliches Kolorit. Die Pupillen sind rund, r = l, reagieren prompt auf Licht und Naheinstellung. Guter Lidschluss, kein Lidflattern. Ohren o. B. Gehör nicht nachweislich beeinträchtigt. Nase gut durchgängig. Facialis, Trigeminus und sonstige Gehirnnerven funktionieren in Ordnung. Zunge ziemlich trocken, grau belegt. Mundschleimhaut feucht, gut durchblutet. Gaumenmandeln o. B. Struma diffusa colloides mässigen Grades. Beiderseits je eine geschwollene, indolente Submaxillardrüse.

Brustkorb breit, stark gewölbt, fassförmig, mit weitem epigastrischem Winkel. Die Atmung ist regelmässig, jedoch etwas pustend, die Atembewegungen, von geringer Ausgiebigkeit, verlaufen links und rechts symmetrisch. Die Lungen zeigen überall lauten Schall und vesikuläres Atemgeräusch, doch sind überall einige giemende Nebengeräusche hörbar, und die unteren Grenzen nur wenig verschieblich. Kein Auswurf. Herz o. B. Puls voll, regulär und äqual, je nach Körperlage 68-80 pro Min., nicht übermässig labil. Blutdruck minimal 95, maximal 145 mm Hg. Es besteht ein leicht adipöser Hängebauch. Das Abdomen ist weich, ergibt tympanitischen Perkussionsschall, zeigt nirgends Druck- oder Klopfempfindlichkeit. Milz o. B. Die Leber weist dagegen eine deutliche Vergrösserung auf: ihr unterer

Rand überragt den Rippenbogen um 3 Querfinger. Genitalien o. B. Harnmengen o. B. Der Urin enthält schwache Spuren Eiweiss, während die Reaktionen auf Zucker, Diazo, Urobilin und Urobilinogen negativ ausfallen. Mikroskopisch sind im Harnsediment mehrere rote und wenige weisse Blutkörperchen festzustellen, ferner vereinzelte hyaline Zylinder, Blasenepithelien in mässiger Anzahl, endlich Harnsäurekristalle.

Die Blutuntersuchung (Blutzellen, Senkungsreaktion, Wassermann'sche Reaktion) ergibt, abgesehen von einer leichten Vermehrung der Blutplättchen, nichts Besonderes.

Stuhlgang regelmässig, o. B. Temperatur stets afebril.

Die *Gangart* des Exploranden ist in zwar typischer, aber wenig erheblicher, im Verlauf der Beobachtung recht konstanter Weise abnormisiert, indem beim Gehen, unter Senkung des Oberkörpers nach rechts, das rechte Bein stärker belastet, und auf der linken Seite das Becken etwas vorgeschoben wird. Beim Sitzen belastet M. J. stets in charakteristischer Weise ausschliesslich die rechte (gesunde) Hälfte des Gesässes; er sitzt auf dem Rande des Stuhles. Beim Aufstehen vermeidet er, den Rumpf vorwärts zu beugen, wie es normalerweise geschieht.

Es besteht eine deutliche linkskonvexe *Skoliose* der Lendenwirbelsäule und eine entsprechende (kompensatorische) rechtskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule. Ein Vergleich dieser Haltungsanomalie mit derjenigen, die zur Zeit des Aufenthaltes in Novaggio und Winterthur bestand, ist sehr lehrreich. Das Bild hat sich stark verändert. Damals wurde es mit Recht als grotesk bezeichnet und sah wirklich grossenteils artifiziell aus: statt der instinktiv sich bei Ischiaspatienten etablierenden Brustskoliose, mit einer der Lendenskoliose kontralateralen Konvexität, wurde die Schulter der kranken Seite tief hängen gelassen und selbst der Kopf nach vorne und links geneigt. Jetzt, nichts mehr von all diesen Absonderlichkeiten, sondern das typische, banale Bild einer mittelstarken Ischiasskoliose, wie sie im Buche steht. Torsion der Wirbelsäule ist nicht schmerzhaft; Stauchungsschmerz durch Achsenstoss lässt sich

ebenso wenig hervorrufen, wie Klopf- und Druckdolenz durch Perkussion oder Kompression der Dornfortsätze. Die Beugung der Wirbelsäule nach hinten wird anstandslos durchgeführt, diejenige nach vorne jedoch nur in stark eingeschränktem Ausmasse, wobei der Explorand das Auftreten einer schmerzhaften Spannung im linksseitigen Gesäss und hinteren Oberschenkelgegend bis zur Kniekehle angibt.

Dieselben unangenehmen Empfindungen von derselben Lokalisation meldet der Explorand, wenn man ihm bei gestreckten Knien eine Rumpfbeuge nach vorwärts ausführen und eine Zeitlang diese Stellung einhalten lässt, oder wenn man die *Lasègue*'sche Probe vornimmt, d. h. ihn flach auf den Rücken legt und sein im Knie gestrecktes linkes Bein von der Unterlage hochhebt. Bei letzterem Versuch wird in konstanter (und daher glaubwürdiger) Weise das erste Auftreten der dabei durch Anspannung des N. ischiadicus ausgelösten schmerzhaften Empfindungen bei einer Vertikaldistanz von 35 cm zwischen Untersuchungsbett und Ferse des Patienten angegeben. Objektive Reaktionen (Veränderungen des Pulses, Pupillenweite, usw.) treten bei dieser Schmerzangabe nicht auf, die übrigens in sehr massvoller Weise und auch ohne erhebliche subjektive Reaktionen vorgebracht wird (d. h. ohne Stöhnen, Grimmassieren, Widerstands- und Fluchtbewegungen, usw.).

Auch das *Bonnet*'sche Ischiassymptom ist vorhanden (passive gleichzeitige Beugung des Hüft- und Kniegelenkes ruft keine Schmerzreaktion hervor, eine solche stellt sich aber sofort ein, wenn man das Bein ausserdem in Adduktionsstellung bringt), doch ist es nur schwach ausgesprochen.

Bloss angedeutet ist das *Gower*'sche Ischiasphänomen (im Verlauf des Hüftnerven auftretende Schmerzen bei passiver Dorsalflexion des Fusses).

Bei Abtastung der *Valleix*'schen Punkte werden nur unterer Glutealpunkt und Peronealpunkt linkerseits als erheblich druckdolent, Popliteal- und Malleolarpunkt dagegen als nur leicht druckempfindlich angegeben. Die Empfindlichkeit der linken *Achillessehne* auf transversale Kompression übertrifft das Mass des Normalen

in der Regel nicht; nur gelegentlich soll dort eine stärkere Druckdolenz bestehen.

Weder eine *Erschlaffung* der linken *Achillessehne*, noch eine solche der linken *Gesässmuskulatur* ist, trotz besonders sorgfältigen Fahndens auf diese Symptome, die zu den häufigsten Stigmata chronischer Ischias gehören, nachzuweisen. Dagegen lassen sich in der linken Glutealgegend zwei Anomalien feststellen, die gerade wegen des sonstigen Fehlens von rein objektiven (d. h. dem Willen des Exploranden völlig entzogenen) Störungen, von grossem Belang sind. Zunächst ist, bei vergleichenden *galvanometrischen Messungen der Erregbarkeitsschwelle* an den rechts- und linksseitigen Gesässmuskeln, im Bereiche dieser letzteren eine, wenn auch sehr leichte (0,15 M. A. nie übersteigend), Herabsetzung der galvanischen Reizbarkeit konstant nachgewiesen, ohne dass qualitative Veränderungen der elektrischen Reaktionen vorhanden wären. Zweitens fällt bei Prüfung der, in der Kreuz- und Gesässgegend des Exploranden im allgemeinen sehr stark entwickelten, *pilomotorischen Reaktion* (Gänsehaut-Reaktion) auf, dass unmittelbar oberhalb der linken Beckenschaufel eine handbreite Zone das betreffende Phänomen viel schwächer zeigt, als das korrespondierende Gebiet der rechten Seite.

Weniger Bedeutung ist, weil dabei das subjektive Moment stark mitspielt, einer leichten Ueberempfindlichkeit auf *Nadelstich* (Hyperalgesie) beizumessen, die der Explorand an der Aussenseite des linken Unterschenkels angibt; immerhin ist hervorzuheben:

1. — dass das Areal dieser *Hyperalgesie* mit demjenigen der anatomischen Verteilung der hinteren Rückenmarkswurzeln des V. Lendensegmentes zusammenfällt;

2. — dass anderwärts die Sensibilitätsprüfung absolut normale Verhältnisse ergibt, vor allem dass die zur Zeit der Winterthurer Begutachtung so auffälligen halbseitigen Sensibilitätsanomalien des ganzen Körpers jetzt restlos verschwunden sind.

Messbare Unterschiede zwischen den *Zirkumferenzen* der beiden Unterextremitäten bestehen nicht: *Oberschenkelumfang*, 10 cm unterhalb der Gesässfalte,

links wie rechts 54 cm; grösster *Wadenumfang* links wie rechts 36 cm. Beide Glutealfalten stehen gleich; eine Erschlaffung der linksseitigen ist nicht wahrzunehmen.

Beide Unterschenkel zeigen Venenerweiterungen (Varizen), der linke mehr als der rechte. Am linken Kniegelenk (an dem seiner Zeit ein Unfall stattgefunden haben soll) ist nichts Besonderes festzustellen.

Der *Achillesreflex* ist beiderseits vorhanden, ohne sicheren Unterschied zwischen rechts und links. Es besteht ein leichter gekreuzter *Adduktorenreflex* von links nach rechts, und ebenso von rechts nach links. Sonst sind allle Sehnen- und Knochenreflexe der Untergliedmassen durchaus symmetrisch und ohne Besonderheiten ausgebildet. Auch die der Oberextremitäten sind in Ordnung. Keine Babinski-Reflexe, kein Fuss- oder Patellarklonus, noch sonstige pathologische Phänomene ähnlicher Bedeutung. Die Bauchdeckenreflexe sind (wie bei so starker Korpulenz zu erwarten) beiderseits sehr schwach auslösbar.

Der übrige Nervenstatus gibt zu keinen Bemerkungen Anlass.

Abtastung des Beckeninnern vom Rectum aus ergibt keinen auf lokale Beeinträchtigung des N. ischiadicus (Tumorbildung oder dergl.) hinweisenden Befund.

Da die Wirbelsäule schon *röntgenologisch* untersucht und als Sitz chronisch deformierender Spondylitis (übrigens mässiger Intensität und nur im Brustabschnitt etwas ausgesprochener) festgestellt wurde, konnte von der Anfertigung neuer Radiographien Abstand genommen werden.

Die Abtastung der *Muskulatur* namentlich in den schmerzhaften Regionen, ergibt nichts Besonderes (speziell keine sogenannten rheumatischen Muskelschwielen, d. h. keine umschriebenen, hypertonischen, druckdolenten und gegen Dehnung empfindlichen Partien).

Das *psychische Verhalten* des Exploranden war während der ganzen Dauer der klinischen Beobachtung im allgemeinen durchaus unauffällig; nicht nur fehlten Anomalien schwerer Bedeutung, sondern das Wesen des Patienten hatte auch nichts typisch «Unfallneurotisches» an sich. Er war stets bei guter Laune und

äusserte seine Beschwerden in konstanter und massvoller Weise, obwohl er spontan betonte, dass er sich gegenwärtig in einer seiner schlechten Periode befinde, was wohl im Zusammenhang mit der ungünstigen Wetterlage stehe, — während es ihm zu Hause oft viel besser gehe.

Während bei Aufnahme der Anamnese die Aussagen des Exploranden im Vergleich zu den Akten teilweise ungenau waren, hat er sich dagegen im Verlaufe der zahlreichen Untersuchungen, die an ihm vorgenommen wurden, niemals der Simulation oder Uebertreibung verdächtig gemacht.

Von dem gereizten, indignierten Verhalten, das er zur Zeit der Winterthurer Vorexpertise an den Tag legte, ist, jedenfalls gegenüber der Militärversicherung, im Verlaufe wiederholter Besprechungen mit ihm, nichts mehr zu konstatieren. Entrüstung äussert er nur noch (wenn auch in korrekt bleibender Ausdrucksweise) darüber, dass er ärztlicherseits nur wegen seines Fuhrmannberufes zum Alkoholiker gestempelt worden sei. Wenn er auch zugebe, dass die Fuhrleute vielfach dem Schnaps zu stark zusprächen, so geniesse er selbst gar keinen und sei auch in Bezug auf sonstige Getränke von notorischer Mässigkeit. Dies nicht zuletzt deshalb, weil ihm bei jenem «Schwächezustand nach Lungenentzündung», der seiner Zeit zu einer Untauglichkeitserklärung bei der Rekrutenaushebung geführt habe, der Arzt ausdrücklich grösste Zurückhaltung im Genuss von Alkohol für sein ganzes Leben empfohlen habe.

Sein Vorgehen gegen die Militärversicherung motivierte er in ruhigem und sachlichem Tone. Zur Berufungsklage habe er sich dadurch veranlasst gefühlt, dass er in Krankheitszeiten von der Fortverwaltung Airolo nur 60% seines Lohnes erhalte und die K. K. Helvetia die restlichen 40% nur dann decke, wenn es sich nicht um Ischias oder ein sonstiges rheumatisches Leiden handle. Dadurch komme er zu kurz.

Beurteilung.

M. J. ist ein Mann, der, wenn wir zunächst von seiner Ischias absehen, trotz seines blühenden und kraft-

strotzenden Habitus, verschiedene pathologische Zustände aufweist: Struma, ausgesprochenes Lungenemphysem, leichte chronische Nephritis, leichte deformierende Spondylitis (namentlich an der Brustwirbelsäule), Fettsucht mittleren Grades und erhebliche Leberschwellung. Dass letztere durch Alkoholabusus bedingt sein könnte, ist nicht anzunehmen, da sonstige Hinweise auf Trunksucht fehlen und überdies die einmütigen Zeugenaussagen die Mässigkeit des Berufungsklägers hervorheben.

Dass letzterer zur Zeit seines Aufenthaltes in Novaggio und Winterthur neurotische und zwar hysteriforme Störungen dargeboten hat, unterliegt keinem Zweifel: die Sensibilitätsstörungen der ganzen linken Körperhälfte und die groteske, gar nicht ins Bild der Ischiasskoliose passende Haltung des Exploranden beim Stehen und Gehen — wie beides in den damaligen Berichten geschildert — lassen gar keine andere Erklärung als diejenige psychogener Entstehung zu, eine Annahme, die noch gestützt wird durch das damalige allgemeine Gebahren des Patienten. Schon im Dezember 1927 wird er übrigens von Dr. G. als Neurastheniker gekennzeichnet.

Wenn wir nun sein *jetziges* Verhalten und seine jetzige Symptomatologie mit den Verhältnissen vergleichen, wie sie Ende 1927 bis Ende 1928 festgestellt wurden (und dabei von Hinweisen auf ein Mitspielen psychoneurotischer Momente heute nur die funktionelle konzentrische Gesichtsfeldeinengung und die sonderbaren Klagen über eine — tatsächlich nicht vorhandene — Starre der Augenmuskeln vorfinden!), wenn wir ferner uns daran erinnern, dass M. J. zwar behauptet, seinerzeit wegen «Schwäche nach Lungenentzündung» militärfrei geworden zu sein, tatsächlich aber zunächst wegen fraglicher Neurasthenie ein Jahr zurückgestellt, dann aber wegen schwerer Neurasthenie definitiv ausgemustert wurde, und dass ihm auch damals zeitlebens grösste Zurückhaltung inbezug auf geistige Getränke ans Herz gelegt wurde, so gelangen wir zur Ueberzeugung, dass damals der Explorand einen psychoneurotischen Schub durchmachte, der den organischen Kern seiner Beschwerden weitgehend maskierte und zu einer

diagnostischen Beurteilung führte, die sich heute nicht aufrecht erhalten lässt.

Oberst L. hat wohl das Richtige getroffen, als er auf die Rolle der Differenz mit der Militärversicherung beim damaligen höchst auffälligen Umschlag im Wesen und Verhalten des Patienten hinweis. Es handelte sich offenbar damals um eine heftige Protestneurose, die sich bei einem zur Neurose konstitutionell Disponierten dem organischen Krankheitsbild aufpfropfte, seither aber abgeklungen ist.

Was wir *heute* vor uns haben, ist, wie es der Oberarzt der Suval aus den Akten richtig vermutete, im wesentliche eine sogenannte *radikuläre* (Wurzel-) *Ischias chronischen Charakters*. Sie unterscheidet sich von der viel häufigeren peripheren Ischias durch die geringere Intensität der durch Druck und Zerrung am Stamm des N. ischiadicus provozierbaren Schmerzphänomen (Lasègue, Bonnet Gowers, Valleix'sche Punkte usw.), durch das Fehlen gröberer muskulärer Symptome (Atrophien, Hypotonien usw.) an der betreffenden Gliedmasse (während elektro-diagnostisch doch feinere Alterationen nachweisbar sind!); dagegen ist die, als Reaktion auf den Dauerschmerz sich ausbildende *Ischiasskoliose* so, wie wir sie auch als für die periphere Form typisch kennen, ferner ist in einzelnen «radikulären Zonen» *pilomotorische Untererregbarkeit* bezw. *Ueberempfindlichkeit* gegen Nadelspitzenberührung nachzuweisen, und endlich wird zeitweise (ausserhalb des Ischiadicusgebietes, nämlich an der Aussenseite des Oberschenkels) die von Barré beschriebene «*douleur en couture de pantalon*» in prägnanter Schilderung vom Exploranden geklagt. Das hier nachweisbare Erhaltenbleiben des *Achillessehnenreflexes* ist bei radikulären Ischiasformen langen Bestandes häufiger als bei peripheren Formen, wo nach mehreren Jahren meistens der Reflex beeinträchtigt bis aufgehoben zu sein pflegt, und die beidseitig gekreuzten *Adduktorenreflexe*, die der Explorand aufweist, sind wiederum bei der peripheren Form noch viel seltener als bei der radikulären.

Ob die Varizen oder die deformierend-spondylitischen Prozesse (bei deren sehr geringen Intensität) ätiologisch bezw. disponierend mitwirken, lässt sich mit

genügender Sicherheit weder behaupten noch verneinen.

Schlussfolgerung.

Es besteht heute noch beim Berufungskläger die im August 1915 im Militärdienst aufgetretene und von der Militärversicherung anerkannte und auf ihre Kosten behandelte und auch später wieder angemeldete, begutachtete und behandelte (1922, 1927, 1928) Ischiaskrankheit, und zwar eine *chronische Form radikulärer* d. h. hochsitzender, hauptsächlich die Rückenmarkswurzeln des Hüftnerven tangierenden *Ischias.*

Sie hat seit 1915 als aktive Krankheit, wenn auch in wechselndem Grade fortbestanden, so dass der Berufungskläger, von kurzen Schmerzpausen abgesehen, von Krankheitssymptomen oder Beschwerden nie ganz frei blieb. Demnach können (speziell massgebend sind hier die Zeugenaussagen) die späteren zur Anmeldung gelangten Krankheitserscheinungen nicht als neue, von der früheren Krankheit (1915/17) und vom Militärdienst unabhängige, und damit nicht im Zusammenhang stehende Krankheit angesehen werden.

Dass zur Zeit des Aufenthaltes in Novaggio und in Winterthur eine Neurose sehr erheblichen Grades sich, als Protestreaktion eines Prädisponierten gegen die Ablehnung seiner Ansprüche, der Ischias aufgepfropft hatte, ist zu bejahen. Ein Zusammenhang derselben mit der Ischiaskrankheit, bezw. dem Militärdienst ist dagegen abzulehnen. Gegenwärtig besteht keine Neurose mehr. Für die Annahme von deren Bestehen 1915-1917, 1917 — 8. November 1921, Januar 1922 — Dezember 1927, liegen keine genügenden Anhaltspunkte vor; die Angaben im Bericht des Militärspitals Andermatt vom 19. Dezember 1927 enthalten dagegen bereits Hinweise auf die Entwicklung der Neurose.

Was die Art der Krankheit betrifft, so werden die Ischiasfälle hergebrachterweise in Ischiasneuralgie und Ischiasneuritis eingeteilt. Letztere, die nur eine Minderheit der Fälle umfasst, ist dadurch ausgezeichnet, dass neben den Reizsymptomen auch Ausfallssymptome, d. h. Zeichen einer Unterbrechung der Nervenleitung in Erscheinung treten (Anästhesien, Verschwin-

den von Reflexen, degenerativer Muskelschwund mit elektrischen Entartungsreaktionen usw.). Wie fast alle radikulären Ischiasfälle ist die Erkrankung unseres Patienten den Ischiasneuralgien zuzuzählen.

Gegenwärtig ist weder bewusste noch unbewusste Simulation oder Uebertreibung seiner Beschwerden beim Berufungskläger nachzuweisen.

Es ist für die Zeit vom 6. August — 2. September 1928 und vom 18. Dezember 1928 — 18. Januar 1929 infolge der Ischias des Exploranden eine durchschnittliche Verminderung seiner allgemeinen Arbeitsfähigkeit um ca. 40% anzunehmen.

Fall 2.

A. L., Kanonier der Feldbttr. 67, geboren 1901. — Familien- und persönliche *Anamnese:* A. L. ist das 9. Kind von 16 Geschwistern. Seine sämtlichen 7 jüngeren Geschwister sind in jungen Jahren gestorben. Sein Vater sei an einem Herzschlag mit 73 Jahren gestorben. Seine Mutter ist gesund. Seine Frau und ein einziges Kind sind in guter Gesundheit. Keine Tbc., keine Stoffwechselkrankheiten in der Familie. Ein Bruder ist geistig beschränkt.

Jetziges Leiden: Aus dem Wiederholungskurs 1925 wurde A. L. am 28. April entlassen. Am 30. April erfolgte Anzeige an die Militärversicherung, dass er an rechtsseitiger Ischias leide, und zwar infolge einer während der ersten Dienstwoche erlittenen Erkältung, wegen deren er sich aber bis zur Entlassung nicht krankgemeldet habe. Am 4. Mai 1925 wurde er daraufhin ins Bezirksspital Sumiswald eingewiesen, das er am 30. Mai 1925 mit dem Krankenpassvermerk: geheilt, 100% arbeitsfähig, — verlassen konnte. Auch der Patient gibt an, dass er fast keine Schmerzen mehr gehabt habe und arbeiten konnte.

Den Wiederholungskurs 1926 hat A. L. beschwerdefrei durchgemacht; jedoch erlitt er 3 Monate später einen Rückfall seiner Ischias, weshalb er seine Arbeit ca. 3 Monate zu unterbrechen genötigt war. Ein ärztliches Attest, das diese Krankheit als Rückfall der dienstlichen Erkrankung von 1925 bezeichnete, wurde

von der Militärversicherung abgelehnt. A. L. war deshalb vom 28. November 1926 bis 23. Januar 1927 wegen Ischias bei der K. K. Giesserei Rondez angemeldet. Eine Kur in Baden im Sommer 1927 scheint auf Kosten der Krankenkasse gegangen zu sein.

Am 27. September 1927 hat nun A. L., 6 Tage nach Entlassung aus einem neuen Wiederholungskurse, wiederum bei der Militärversicherung eine rechtsseitige Ischias anmelden lassen, deren erste Symptome während der letzten Tage des Dienstes aufgetreten, jedoch nur als Ermüdungserscheinungen aufgefasst worden seien. Vom Spital Delsberg aus, wo er am Tage der Anmeldung eingetreten war, und wo man eine rechtsseitige Ischias bestätigte, wurde am 18. Oktober 1928 angesichts seines im ganzen noch unveränderten Zustandes, die Gewährung einer Kur in Baden bei der Militärversicherung nachgesucht. Letztere ordnete jedoch Aufnahme in die Rekonvaleszentenstation und Arbeitsheilstätte Novaggio an, und A. L. wurde vom Delsberger Spital aus, unter Taxierung seiner Arbeitsfähigkeit auf 30%, am 12. November 1927 dorthin verlegt. Aus dem dortigen Status ist hervorzuheben, dass eine leichte rechtskonvexe Ischiasskoliose der Lendenwirbelsäule, eine von oben bis zur Kniekehle hinunterreichende Druckempfindlichkeit des N. ischiadicus, und ein leichtes Lasègue'sches Ischiassymptom notiert wurden. Unter Salzbädern, Natr. salicyl. und Kochsalzeinspritzungen gingen die anfänglich als heftig geschilderten Beschwerden des Patienten rasch zurück, wobei auch das Lasègue'sche Symptom verschwand, und am 13. Dezember 1927 erfolgte die Entlassung mit dem Vermerk: geheilt, arbeitsfähig 100%, Antrag auf Auszahlung des Krankengeldes bis 19. Dezember.

Am 7. Februar 1928 wurde A. L. ausgemustert, bezw. zu den Hilfsdiensttauglichen versetzt.

Da aber unterdessen, am 3. Januar 1928, bereits eine Rückfallmeldung bei der Militärversicherung erfolgt war, wurde er auf den 10. Februar 1928 wiederum in Novaggio eingewiesen, nachdem ein Gesuch um Gewährung häuslicher Behandlung unberücksichtigt geblieben war.

Während dieses zweiten Aufenthaltes in Novaggio wurden folgende Ischiassymptome notiert: rechtskonvexe Skoliose im Lendenteil der Wirbelsäule mit geringer Lordose, leichter Tiefstand der rechten Beckenseite beim Stehen, Verstrichensein der rechten Glutealfalte, leichte Abmagerung der rechten Untergliedmasse (Manko im Vergleich zur linken maximal 1½ cm). Druckempfindlichkeit längs des Nervenstammes. Von den negativen Befunden verdient das normale Ergebnis der Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule besondere Hervorhebung. In der Krankengeschichte wird A. L. als energieloser Mensch gekennzeichnet. Am 26. April 1928 erfolgte Entlassung nach Hause, als 100% arbeitsfähig, doch mit Antrag, das Krankengeld bis am 2. Mai 1928 auszuzahlen.

Schon vorher aber, nämlich am 30. April 1928 liess A. L. melden, er könne nur teilweise arbeiten; der Hausarzt schätzte die Behinderung auf 50%, die vorauszusehende Heilungsdauer auf 1 Monat. A. L. wünschte Gewährung einer Kur in Baden, wurde aber von der Militärversicherung zunächst nach Novaggio kommandiert, damit der dortige Chefarzt entscheide, ob die verlangte Thermalkur opportun sei.

Dritter Eintritt in Novaggio am 25. Mai 1928. Aus der Krankengeschichte ist eingehende Analyse der vom Patienten dargebotenen Skoliose von Interesse: auf Röntgenbildern war sie nicht zu sehen (auch sonst keine Veränderung der Wirbelsäule), und es drängte sich den Aerzten die Ueberzeugung auf, dass der Explorand zwar wahrscheinlich ursprünglich eine echte Skoliosis ischiadica aufgewiesen, nunmehr aber sich an diese Stellung gewöhnt habe und sie nach Möglichkeit zu verstärken suche. Man könne sich vergewissern, dass die Wirbelsäule eine normale Stellung einnehme, sobald man den Patienten auf den Bauch lege, auch beim Sitzen verschwinde diese abnorme Zwangsstellung der Lumbalwirbelsäule. In psychischer Hinsicht werden Wehleidigkeit und Arbeitsscheu des Exploranden hervorgehoben, dem sofort die Tränen in die Augen kommen, wenn man vom Schaffen spricht. Er weint und droht mit Selbstmord, falls man ihm keine Kur in Baden gewährt; droht schliesslich mit Zeitungsartikeln, wenn man ihn nicht nach Baden lasse.

Die Ansicht des Chefarztes von Novaggio ging dahin, dem Patienten eine 4-wöchige Kur in Baden zu gewähren, und zwar, schreibt er, «aus dem Grunde, weil seine ganze Einstellung so für Baden ist, dass es mir direkt vom psychisch-therapeutischen Standpunkt gut erscheint.» Demgemäss erfolgte am 2. Juli 1928 Versetzung des Exploranden in den Freihof Baden.

Ueber den dortigen Aufenthalt, der bis zum 11. August 1928 dauerte, liegen Berichte vor von Dr. M., der die Kur leitete, sowie vom Vertrauensarzt der eidgenössischen Militärversicherung in Brugg, Dr. S., der am 8. August 1928 eine Kontrolluntersuchung des Exploranden vornahm. Aus den Aufzeichnungen von Dr. M. ist hervorzuheben, dass A. L. wegen seiner (vom Arzt als angewöhnt charakterisiert) Skoliose Anfertigung eines orthopädischen Korsetts verlangte, die aber abgelehnt wurde, umso mehr als in jener fehlerhaften Wirbelsäulehaltung kein Arbeitshindernis erblickt werden konnte; ferner dass er einmal einen Urlaub nach Hause verlangte, angeblich, um von der Kur «auszuruhen», was ihm gleichfalls nicht bewilligt wurde, endlich dass die Skoliose, nachdem sie geringer geworden war, sofort wieder zunahm, wenn man von Wiederaufnahme der Arbeit sprach.

Dr. S. gegenüber erklärte der Explorand, mit Arbeiten nicht wieder anfangen zu wollen, falls er nicht den gleichen Lohn verdiene, wie früher. Er machte auf den Vertrauensarzt richtig den Eindruck eines Faulenzers: schlapp, kein männliches Auftreten, darf einem nicht in die Augen schauen. Dr. S. war ebenso wie Dr. M. der Ansicht, die Skoliose des Patienten, die durch entsprechende Haltung extra stark betont und markiert, jedoch auf Aufforderung und Korrektur der Stellung hin sofort verringert wurde, sei kein Arbeitshindernis.

Am Tag der Rückkehr von Baden wurde dem Exploranden notifiziert, er sei geheilt und voll arbeitsfähig entlassen worden, die Militärversicherung gewähre ihm aber zur Erleichterung der Arbeitsbeschaffung noch 1/3 Krankengeld für 14 Tage und erachte damit den Fall als erledigt.

Trotzdem forderte die Militärversicherung, nachdem A. L. schon am 17. August 1928 sich durch den Haus-

arzt wieder hatte krank melden lassen, den Exploranden auf, in die Arbeitsheilstätte Tenero einzutreten. Er rückte aber dort nicht ein, was er nachträglich damit begründete, dass er jetzt leichte Arbeit gefunden habe, die er nicht verlieren wolle, weshalb er um Gewährung häuslicher Behandlung ersuchte. Letztere wurde denn auch bewilligt, jedoch mit der Bemerkung, dass, im Falle neu eintretender, wenn auch nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit, der Eintritt in Tenero dennoch werde erfolgen müssen.

Die Berichte des Hausarztes meldeten keine Veränderung im Zustande des Patienten, und am 26. Oktober 1928 blieb dieser wieder von der Arbeit weg, da sie ihm zu mühsam sei; worauf er nach Novaggio aufgeboten wurde. Er trat am 27. November 1928 ein, und dieser vierte dortige Aufenthalt dauerte bis zum 23. Dezember 1928. Laut Krankengeschichte zeigte er sich dort ebenso wehleidig und energielos wie früher, arbeitete jedoch, und zwar mit nur wenig Beschwerden. Die Skoliose ging zurück, das Lasègue'sche Ischiassymptom war zuletzt nur angedeutet, die Abmagerung des rechten Beines im Vergleich zum linken übertraf 1 cm nicht. Er nahm während des Aufenthaltes fast um 2 kg. zu. Bei der Entlassung wurde er als weitgehend gebessert und vom 3. Januar 1929 an als zu 100% arbeitsfähig bezeichnet.

Auf ein Schreiben des Hausarztes hin, wonach A. L. bei unverändertem objektivem Befunde wieder über grössere Schmerzen sowie erschwertes Gehen klage, und eine Badekur in Baden am Platze sei, erfolgte am 27. März 1929 zum fünften Male Eintritt in Novaggio, wo der Explorand bis zum 14. Mai 1929 verblieb. Auf die Frage, was ihm fehle, erklärte der Explorand: eigentlich nichts, er habe sich in Bern zu einer Kur in Baden angemeldet, und nun weise man ihn nach Novaggio, warum, wisse er nicht. Er glaube nur an Baden, nur diese Kur habe ihm genützt, Novaggio niemals. Könne er nicht nach Baden, wolle er lieber wieder an die Arbeit. Die Diagnose lautete damals: fragliche Ischiasbeschwerden rechts. Das Benehmen des Exploranden sei zuweilen frech gewesen. Im Verlaufe dieses Aufenthaltes wandte er sich an die Zentralstelle für

Soldatenfürsorge zwecks Vermittlung einer leichteren Stelle in der Uhrenindustrie. Er übertrug auch einem Rechtsanwalt die Wahrung seiner Interessen. Beim Austritt aus Novaggio wurde er 100% arbeitsfähig erklärt; jedoch mit Antrag auf Entrichtung von Krankengeld für weitere 10 Tage zwecks Einarbeitens.

Ein vom Anwalt des Exploranden gestelltes Begehren nach Gewährung einer Kur in Baden wurde von der Militärversicherung abgewiesen, nachdem sich der Chefarzt der Heilstätte Novaggio dahin ausgesprochen hatte, die dortige Kur vom Sommer 1928 habe eigentlich kein Resultat ergeben, und eine Wiederholung derselben verspreche gleichfalls wenig, da der Grund der häufigen Arbeitsaussetzungen des Exploranden hauptsächlich in seiner Energielosigkeit, Wehleidigkeit und überhaupt unbefriedigenden Beschäftigung liege.

Am 26. Juni 1929 wurde A. L. durch den Hausarzt wieder bei der Militärversicherung angemeldet; letztere erklärte jedoch, darauf nicht mehr eintreten zu können, worauf vom Anwalt des Exploranden am 13. Juli 1929 gegen diesen Entscheid beim eidgen. Versicherungsgericht Berufung eingelegt wurde.

Der Fall wurde zur Begutachtung Herrn Prof. Bing überwiesen.

Angaben des Exploranden.

Beim Erheben der Anamnese war, soweit sie sich auf die in den Akten kontrollierbaren Tatsächlichkeiten bezieht, die meistens erstaunliche Präzision des chronologischen Gedächtnisses des Exploranden hinsichtlich aller auf die zur Erörterung stehende Affektion bezüglichen Daten auffallend.

Was den jetzigen Zustand seiner Erkrankung betrifft, gab er folgende Beschwerden an: In annähernd gleichbleibender Weise, ohne dass ein Wechsel zwischen besseren und schlechteren Zeiten stattfinde, auch ohne dass die Witterung irgendwelchen Einfluss ausübe, empfinde er einen ziehenden Schmerz von der rechtsseitigen Lendengegend bis zur Mitte der Hinterfläche des Oberschenkels. Nur zeitweise nehme der Schmerz einen scharfen, reissenden Charakter an, namentlich dann, wenn er schwere Lasten heben müsse;

in den ersten Jahren seiner Ischias seien dagegen solche anfallsweisen Schmerzsteigerungen häufiger gewesen, der Dauerschmerz dafür weniger ausgesprochen.

Im Allgemeinen könne er sagen, dass der Schmerz tagsüber und speziell am Vormittag gelinder sei, als am Nachmittag und ganz besonders nachts. Im Bett sei es am schlimmsten. Ob er auf dem Rücken liege, ob auf der Seite, sei ohne Belang. Er lege sich aber meistens auf die linke Seite, um die rechte Hüfte zu entlasten. Die Schmerzen seien auch davon unabhängig, ob er die Knie gestreckt oder gebeugt halte. Ausser Bett habe er auch nie einen Unterschied in der Intensität seiner Schmerzen bemerkt, je nachdem er gehe, stehe, weich oder hart sitze; nur sei ihm sehr langes Sitzen (z. B. bei Eisenbahnfahrten) besonders peinlich. Manchmal hinke er, manchmal auch nicht; doch habe er sich angewöhnt, hauptsächlich das linke Bein mit dem Körpergewicht zu belasten.

Sonst fühle er sich wohl. Auf Durchbefragen: kein Kopfweh, kein Herzklopfen, keine Verstopfung, kein Durchfall, kein Zittern, Augen und Ohren gut, Appetit gut, usw.

A. L. arbeitet als Handlanger in einer Giesserei. Je mehr er sich anstrenge, desto schlechter bekomme es ihm. Er habe sich daher nach leichterer Arbeit umgesehen, doch werde er bei der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung stets zurückgewiesen.

Status praesens.

Es handelt sich um einen 28-jährigen, schmächtigen, ziemlich blassen Mann von mässigem Ernährungszustande, 172 cm Körpergrösse, 64,5 kg. Körpergewicht. Der Schädel zeigt rachitische Birnenform, der ziemlich schmale Brustkorb rachitischen Rosenkranz und Wespentaille, sowie eingedellte Supraclaviculargegenden. Das Gebiss ist äusserst schad- und lückenhaft. Der Gaumen ogival, der Nasenrücken sehr schmal, die Ohrenmuscheln sind abstehend. Der Gesichtsausdruck ist meistens neuropathisch, mit elegischem Blick. Im Verkehr mit einem Bekannten (ehemaligen Militär-

patienten aus Novaggio), den der Explorand auf der Klinik angetroffen hat, wird er aber zum Teil recht lebhaft bis heiter.

Der Kopf ist frei beweglich, nirgends klopf- oder druckempfindlich. Die Augen zeigen gute, nach keiner Richtung eingeschränkte Beweglichkeit, runde, auf Licht- und Naheinstellung prompt reagierende Pupillen, guten Lidschluss, kein Lidzittern, gut durchblutete Bindehäute, leichte schuppende Blepharitis. Gehör o. B. Nase frei durchgängig. Austrittsstellen der Trigeminusäste und Occipitalnerven nicht druckempfindlich. Auch sonst Hirnnervenbefund o. B. Zunge feucht, ohne wesentlichen Belag. Mundschleimhaut gut durchblutet. Gaumenmandeln gross, aber nicht entzündet. Beide Schilddrüsenlappen etwas vergrössert, mit erbsengrossen Knoten. Am Hals einige indolente, leicht geschwollene Submaxillardrüsen.

Ueber den Lungen überall Vesikuläratmen; keine Dämpfung; Grenzen gut verschieblich; Atmung regelmässig, von normaler Amplitude.

Herz o. B. Der Puls ist regel- und gleichmässig, zwischen 70—90 pro Min.; der Blutdruck beträgt minimal 70, maximal 130 mm Hg.

Das Abdomen liegt unter dem Niveau des Brustkorbes, ist weich, ohne pathologische Resistenzen, zeigt tympanitischen Perkussionsschall. Die Leber reicht mit ihrem unteren Rande an den Rippenbogen. Milz und Genitalien o. B. Stuhlgang regelmässig. Urinmengen o. B. Kein Sediment im Urin, Reaktionen auf Eiweiss, Zucker, Diazo, Urobilin und Urobilinogen negativ.

Die Blutuntersuchung (Blutzellen, Senkungsreaktion, Wassermann'sche Reaktion) o. B. Körpertemperatur stets afebril.

Die *Gangart* des Patienten ist verschieden. Manchmal zeigt sie nichts Auffälliges, manchmal ist sie ziemlich langsam und auffallend vorsichtig, unter geringer Vorbeugung des Oberkörpers, mit etwas Wiegen in den Hüften und beidseitigem leisen (rechts aber im allgemeinen etwas leiserem) Auftreten. Die typische Ischiasgangart (wobei sich der Patient im Wesentlichen auf das gesunde Bein stützt, Hüfte und Knie der kranken

Seite in gebeugter Stellung hält, in der Regel das kranke Bein auch etwas spreizt und dessen Fusspitze nach auswärts dreht) liegt jedenfalls nicht vor. Ebenso lassen Absitzen, Sitzen, Aufstehen, die für Ischias namhafte Intensität charakteristischer Störungen vermissen: das Vorbeugen des Rumpfes wird dabei nicht instinktiv vermieden, der Explorand sitzt mit dem ganzen Gesäss auf der Stuhlmitte und nicht mit der gesunden Gesässhälfte auf dem Rande des Stuhles. Nur das Tempo des Absitzens und Aufstehens ist meistens verlangsamt.

Dagegen ist die als *Ischiasskoliose* bekannte Haltungsanomalie der Wirbelsäule meistens in typischer Weise vorhanden. Beim Stehen wird infolge Schwergewichtsverlegung nach der beschwerdefrei angegebenen linken Seite die Lendenwirbelsäule dauernd in rechtskonvexer Seitwärtsbeugung gehalten, während die Brustwirbelsäule die dazu gehörige kompensatorische Linkskonvexität aufweist. Zeitweise aber war, statt dieser charakteristischen Haltungsanomalie, ein gar nicht ins Bild der Ischias passendes, vielmehr nur durch willkürliche Muskelaktion erklärbares Hinüberhängenlassen des ganzen Rumpfes nach rechts (also unter Wegfall der kompensatorischen und redressierenden Linkskrümmung der oberen Wirbelsäuleteile!) zu sehen. Diese Haltung, bei der das kranke Bein stärker belastet wird, — was sonst der Ischiatiker instinktiv vermeidet —, produziert der Explorand namentlich dann, wenn er auch durch die Lebhaftigkeit und Intensität seiner Klagen bestrebt war, den Untersucher davon zu überzeugen, dass er durch seine Erkrankung «ganz krumm geworden sei», dass es ihm «die Hüftknochen ausgestossen» habe. A. L. ist eben, wie es auch schon die früheren Untersucher betonten, bestrebt, seine — zweifellos auch ohne Mitspielen willkürlicher Momente vorhandene — Skoliose gelegentlich auf solche Art aktiv zu verdeutlichen.

Eine Anomalie, bei der jedoch das willkürliche Moment ganz ausgeschaltet ist, und die daher als rein objektives Krankheitszeichen imponiert, ist die in einer starken flachen Einsenkung der lateralen Gesässpartie zum Ausdruck kommende *Abmagerung der lateralen*

rechtsseitigen Glutealmuskulatur. Es ist zwar zu bemerken, dass auch linkerseits die Entwicklung der betreffenden Muskeln eine geringe ist (entsprechend dem asthenischen Gesamthabitus), aber das ausgesprochene Manko zu ungunsten der rechten Gesässhälfte ist trotzdem äusserst augenfällig. Dass wir es hier mit einem eigentlichen atrophischen Vorgang zu tun haben, geht auch aus dem Resultat der *elektrodiagnostischen Untersuchung* hervor: die galvanische Erregbarkeit der rechtsseitigen Gesässmuskeln ist — bei promptem Zuckungscharakter und Fehlen von Entartungsreaktion — im Vergleich zur linken Seite leicht, aber deutlich, herabgesetzt. Die erwähnte Partie zeigt auch eine etwas schlaffere Beschaffenheit der Muskelmassen, während am übrigen Teile der Glutaeen die Konsistenz ohne sicheren Unterschied zwischen rechts und links, und zwar beiderseits, ziemlich schlaff ist.

Die Wirbelsäule ist nirgends druckempfindlich. Achsenstoss ruft an ihr nirgends einen Schmerz hervor. Auch Torsion der Wirbelsäule ist nicht schmerzhaft, ebenso wenig die — im normalen Ausmasse vor sich gehende — Rückwärtsbeugung. Dagegen äussert der Explorand bei Biegung nach vorn Schmerzen in der rechten Glutealgegend und dem rechten Oberschenkel, wodurch die Ausgiebigkeit der Flexion eine Einschränkung erfährt.

Bei flacher Rückenlage des Exploranden und Erheben des im Knie gestreckten rechten Beines vom Untersuchungsdivan (*Lasègue*) meldet A. L. Schmerz bezw. Schmerzzunahme im Ischiadicusgebiet, jedoch erst bei 42 cm Abstand zwischen Ferse und Unterlage. Es handelt sich also um ein «Lasègue» geringer Intensität. Auch das *Gowers*'sche *Ischiassymptom* ist nur in leichtem Masse vorhanden. *Das Bonnet*'sche *Ischiaszeichen* fehlt. Von sonstigen Symptomen chronischer Ischias fehlen gleichfalls die Verschmälerung und Erschlaffung der Achillessehne, sowie die Abschwächung oder Aufhebung des *Achillessehnenreflexes;* dagegen ist vorhanden die Abflachung der rechten Gesässfalte. Der Interglutealspalt verläuft etwas schief (von links oben nach rechts unten).

Das rechte Bein ist etwas dünner als das linke. *Umfang des Oberschenkels* 10 cm unterhalb der Gesäss-

falte r. 46, l. 47½ cm; *grösster Wadenumfang* r. 31 cm, l. 33 cm. Die Muskulatur des rechten Beines fühlt sich ein wenig schlaffer an als diejenige des linken. Von den *Valleix'schen Ischiasnervenpunkten* werden als stark druckempfindlich der Ileosacralpunkt und die Glutealpunkte, als mässig druckempfindlich der Peronealpunkt angegeben.

Eine beträchtliche Steigerung der nervösen Erregbarkeit gibt sich kund in einer beidseitigen (rechts und links gleichlebhaften) Steigerung der *Sehnenreflexe* an den oberen, namentlich aber an den unteren Gliedmassen. Die Patellarreflexe haben sogar leicht klonischen Charakter, während auf üblicher Weise, der Patellarklonus nicht auszulösen ist. Die Adduktorenreflexe können nicht nur auf der Seite der Reizapplikation, sondern auch andeutungsweise auf der gekreuzten Seite erhalten werden. Echter Fussklonus besteht nicht, wohl aber ein sogenannter Pseudofussklonus, der sich nach einigen unregelmässigen Zuckungen erschöpft. Auch sonst sind keine für eine organische Grundlage der vorhandenen Reflexsteigerung beweisende Symptome konstatierbar (kein Babinski'scher, Mendel-Bechterew'scher Reflex). Der allgemeinen Sehnenreflexsteigerung sind keine weiteren somatischen Zeichen von «Nervosität» an die Seite zu stellen, kein Lidflattern, kein Zungen- oder Fingerzittern, keine Steigerung der vasomotorisch-kardialen Erregbarkeit usw. Die Abdominalreflexe sowie die sonstigen Hautreflexe sind ohne Besonderheiten auslösbar, r. = l.

Bei *Sensibilitätsprüfung* gibt der Explorand im Bereiche des ganzen rechten Beines eine Herabsetzung der Stichempfindung bei Nadelspitzenberührung an, ohne dass die Grenzen dieser behaupteten — an und für sich natürlich unkontrollierbaren — Hypästhesie irgendwie mit denjenigen des vom N. ischiadicus (noch von einem sonstigen Nerven der Untergliedmasse) versorgten Hautareals zusammenfielen. Der Gesamteindruck, den man vom Exploranden erhält, legt die Vermutung nahe, dass es sich um eine hysterische Sensibilitätsstörung handelt.

Der sonstige neurologische Status ist o. B.

Abtastung des *Beckeninnern* vom Rectum aus ergibt keinen abnormen Befund, der auf lokale Beeinträchti-

gung des N. ischiadicus (durch Tumor oder dergl.) einen Hinweis böte.

Eine Röntgenaufnahme wurde, angesichts der früheren negativen Befunde, unterlassen.

Psychisch macht der Explorand (bei Fehlen von Anomalien schwerer Bedeutung) wie schon oben angedeutet, den Eindruck eines ausgesprochenen Neuropathen, überempfindsam, unmännlich, weichmütig, halt- und energielos. Er zeigt intensivste hypochondrische Einstellung auf die geklagten Beschwerden, zum Teil unter Aeusserung absonderlicher Krankheitsvorstellung (wie z. B. bezüglich der bereits erwähnten «ausgestossenen Hüftknochen») und ein unverkennbares Bestreben, dieselben in möglichst augenfälliger Weise zu unterstreichen. Während der Aufnahme der Anamnese konnte er es gar nicht erwarten, die Deformation seiner Hüfte vor Augen zu führen, wollte deshalb schon mitten in der Protokollaufnahme seiner Antezedentien die Beinkleider herunterlassen, und zeigte dann auch später gleich bei Beginn der Untersuchung sofort mit dem Finger auf die abgemagerte Stelle in der rechten Gesässmuskulatur unter nachdrücklicher Betonung der dadurch bewiesenen Schwere seines Zustandes. Die Schilderung seiner Beschwerden untermischt er beständig mit heftigen Anklagen gegen die Militärversicherung; er ist namentlich darüber erbost, dass er infolge des von dieser angenommenen Standpunktes sich gezwungen gesehen habe, trotz seiner Ischias wieder an die Arbeit zu gehen, um seine Familie zu erhalten (weil die Beiträge der Soldatenfürsorge ungenügend seien). Stärkste Animosität äussert er auch gegen die Leitung der Heilstätte Novaggio, namentlich verzeiht er ihr nicht, dass er dort zur Arbeit verhalten wurde. Anderseits lobt er die vorzügliche Wirkung, welche die letzte Kur in Baden gehabt habe (obwohl er in Wirklichkeit sich ja schon 6 Tage nach seiner dortigen Entlassung wieder krank melden liess!), und zwar um sein dringendes Verlangen nach Ermöglichung einer Wiederholung dieser Kur, besonders für eine längere Dauer, zu rechtfertigen. Er verlangt mehrmals in dringender Weise Auskunft, «wie die Sache jetzt für ihn ausgehen werde», und ist recht ungehalten, als ihm diese Auskunft mit der Erklärung verweigert wird, dies zu entscheiden sei Sache des Gerichtes. Wie schon oben

erwähnt, lässt sein psychisches Wesen ausserhalb der ärztlichen Untersuchungen, z. B. bei Zusammensein mit einem alten Bekannten aus Novaggio, ein starkes Zurücktreten der Verstimmung zugunsten eines freieren und heiteren Verhaltens erkennen.

Beurteilung.

Es handelt sich um einen Mann, der sowohl in seinem körperlichen als auch in seinem psychischen Habitus eine konstitutionelle Schwäche erkennen lässt, die mit der Tatsache in Zusammenhang gebracht werden kann, dass er als das neunte Kind einer Reihe von 16 Geschwistern geboren wurde, und — wohl infolge generativer Erschöpfung der Mutter — bereits, wenn auch in geringerem Masse, die Hinfälligkeit auf die Welt brachte, welche sich bei allen 7 nach ihm geborenen Geschwistern durch Tod in frühester Kindheit kundgab. Dass auch ohne Ischias der Explorand zum Schwerarbeiter durchaus ungeeignet ist, geht aus seiner asthenischen Organisation zur Evidenz hervor, und seine von früheren ärztlichen Untersuchungen urgierte Arbeitsscheu basiert zum Teil gewiss auch in seiner körperlichen Minderwertigkeit.

Nun ergibt sich aus dem oben resumierten Status und den darin eingeflochtenen kommentierenden Bemerkungen, dass bei diesem Manne an der, auch von den früheren Aerzten gestellten Diagnose einer *Ischias,* d. h. einer Hüftnerven-Neuralgie, kein Zweifel bestehen kann. Von rein objektiven, d. h. irgendwelcher Mitwirkung seines Willens entzogenen, Symptomen sind am wichtigsten die partielle Atrophie der rechtsseitigen Glutealmuskulatur, die mit entsprechenden Störungen der elektrischen Erregbarkeit verbunden ist, ferner die leichte Abmagerung der rechten Untergliedmasse, nebst geringer Erschlaffung ihrer Muskulatur und die Abflachung der rechten Gesässfalte mit ihren morphologischen Rückwirkungen. Weniger eindeutig ist die Beurteilung der in der Vorgeschichte eine so grosse Rolle spielenden Skoliose, weil hier, mindestens zeitweise, eine willkürliche Schiefhaltung des Rumpfes als Ganzes sich dem Bilde der (aus instinktiver Entlastung des rechten Beines zu erklärenden) typischen rechtskonvexen Ischiasskoliose hinzugesellt und es sogar maskiert, sodass man zeitweilig versucht ist, eine reine psy-

chogene Haltungsanomalie anzunehmen. Sorgfältige Beobachtung des Exploranden, unter Berücksichtigung der aktenmässigen Vorgeschichte, führt aber dazu, doch das Vorliegen einer echten (wenn auch zeitweise durch psychogene Auflagerungen stark modifizierten) *Ischias-Skoliose* als *Ausgangspunkt und Kern jener Haltungsanomalie* anzuerkennen. Sie ist aber offenbar, infolge der intensiven darauf gerichteten Aufmerksamkeit des Exploranden, dermassen fixiert und zur Gewohnheitskontraktur geworden, dass sie schon seit Längerem die Schwankungen im Krankheitsbilde nicht mehr nennenswert mitmacht. Zu dieser Auffassung wird man durch die Inkongruenz gedrängt, die zwischen der Stabilität und Intensität der Skoliose (eines Symptomes, das bei Ischias im allgemeinen je nach dem Befinden grosse Schwankungen von höchster Intensität bis zum völligen Verschwinden aufweist!), und dem sehr geringen Ausbildungsgrade der übrigen chronischen Ischiassymptome — mit Ausnahme der Glutealatrophie — zu konstatieren ist. Was aber die *Glutealatrophie anbelangt,* so weiss man, dass sie zwar ein Zeichen durchgemachter chronischer Ischias ist, aber nach deren Ausheilung viele Jahre lang bestehen bleiben kann, sodass sie nicht als Gradmesser für die Intensität der im Zeitpunkt ihrer Feststellung bestehenden Affektion taugt. Wenn aber nach so langem Bestand einer Ischias, wie im vorliegenden Falle, die Achillessehne nicht erschlafft, der Achillesreflex nicht abgeschwächt, das Lasègue'sche Symptom nur schwach ausgebildet, die Gangart nicht typisch verändert, das Sitzen und Aufstehen ohne charakteristische Störungen, die Valleix-schen Punkte selbst bei einem so empfindsamen Patienten grossenteils nicht oder nur mässig druckempfindlich sind usw., so lässt sich die starke Skoliose nur durch Mitwirkung der oben angedeuteten psychischen Angewöhnungs- und Fixationsvorgänge erklären. Als rein hysterisch aufzufassen ist wohl die diffuse Hypästhesie der rechten Untergliedmasse, als Stigma starker nervöser Erregbarkeit und neurotischer Krankheitsbereitschaft die — beiderseitige und allgemeine! — Sehnenreflexsteigerung. Der psychoneurotische Habitus wurde bereits im vorhergehenden Abschnitt charakterisiert.

Schlussfolgerung.

Seit 21. Juni 1929, wie schon vorher, sind beim Berufungskläger, mindestens zeitweise, Ischiasbeschwerden vorhanden gewesen, die entweder als Schübe einer chronisch-rezidivierenden Ischias oder als perennierende Symptome einer chronischen Ischias anzusprechen wären. Den Beweis, dass sie, ebenso wie die damit im Zusammenhang stehende Skoliose, mit dem Militärdienst im Zusammenhang stehe, kann nicht für erbracht gehalten werden. Die akute Ischias vom Frühjahr 1925 ist ja offenbar im Dienst acquiriert worden, dann aber ausgeheilt und hat im Wiederholungskurs des Jahres 1926 nicht rezidiviert. Um Neujahr 1927 erkrankte aber der, wie es so häufig vorkommt, offenbar mit Ischiasdisposition behaftete Explorand an einer neuen akuten Ischias und zwar im Zivilleben, und es lässt sich an Hand der Akten verfolgen, dass dieser *zweite* («zivile») *Ischiasanfall* (im Gegensatz zum ersten), auf den eine lange Periode von Beschwerdefreiheit folgte, die sogar der Belastungsprobe des Wiederholungskurses 1926 standhielt) zum *Ausgangspunkt* der *chronischen* oder *chronisch-rezidivierenden Ischias* geworden ist, die sich seither etabliert hat. Ihretwegen absolvierte A. L. noch im Frühsommer 1927 eine Kur in Baden, und es ist sehr bedauerlich, dass er bereits im September desselben Jahres in einen Wiederholungskurs einrückte, nach welchem dann ein Ischiasrezidiv festgestellt wurde, aber ein Rezidiv der kurz vorher ausserdienstlich durchgemachten, und nicht der im Jahre 1925 im Militärdienst acquirierten Ischias!

Da nun aber bis zum Sommer 1929 alle Ischiasbeschwerden des Klägers zu Lasten der Militärversicherung übernommen wurden, kann die Frage nach dem Zusammenhang von Ischias und Skoliose des A. L. «mit der bisher als dienstlich behandelten Ischaiskrankheit» natürlich nur bejaht werden. Bei der am 21. Juni 1929 zur Anzeige gelangten Krankheit handelte es sich nämlich nicht um eine neue Krankheit, denn zwischen der am 14. Mai 1929 erfolgten Entlassung aus Novaggio und jener Anzeige, hatte sich keine völlige und langdauernde Heilung eingeschoben wie seiner Zeit zwischen der Erkrankung vom Mai 1925 und derjenigen von Neujahr 1927.

Der Berufungskläger leidet, wie gesagt, an einer chronischen oder chronisch-rezidivierenden Ischias, wenn auch, im Gegensatz zu seiner äusserst wehleidigen Bewertung seiner Beschwerden, deren Intensität sehr mässig zu taxieren ist. Dass er die Beschwerden nur aus Energielosigkeit und Mangel am Willen zur Arbeit vorschützt, ist wohl zu viel gesagt, dass er sie aber übertreibt, ist bestimmt, wobei jedoch nicht zu unterscheiden ist, wie viel bei diesem Verhalten als absichtlich, vollbewusst und dolos, und wieviel als Ausfluss der hypochondrisch-hysterischen Einstellung dieses konstitutionellen Neuropathen bewertet werden muss. Die Skoliose ist nicht künstlich vorgetäuscht, wohl aber sicher psychogen fixiert, und wird auch manchmal in nicht zu verkennender und ziemlich plumper Weise durch Ueberhangenlassen nach rechts des Rumpfes in toto, mit Absicht drastischer zu präsentieren versucht.

Die Verminderung der Arbeitsfähigkeit des Klägers (entsprechend einer auf Grund des objektiven Status praesens, sowie der Gesamtbeurteilung dieses Falles anzunehmenden Behinderung durch tatsächliche Ischiassymptome, einschliesslich der — praktisch fast bedeutungslosen — Skoliose, aber ohne Rücksicht auf die aus blosser Begehrungsmentalität entspringende subjektive Ueberwertung der Beschwerden) ist seit dem 21. Juni 1929 bis zum jetzigen Zeitpunkte (23. März 1930) im Durchschnitt auf 10% einzuschätzen.

Anschliessend sei noch ein kurzer *statistischer Bericht* über die *Ischiaserkrankungen im Militärdienst* beigefügt. Es war mir möglich, die Dossiers der unter dem Sammelnamen «Neuralgien und Neuritis» figurierenden Militärpatienten der letzten Jahre zu kontrollieren.

Im *Jahre 1930* waren von den 272 von mir durchgesehenen Fällen von «Neuralgien und Neuritis» (worunter neben Ischias alle Gesichtsneuralgien, Intercostalneuralgien, Neuralgien an beiden Extremitäten, ferner noch Lumbago, nervöse Herzbeschwerden, Depressionen, Psychopathie, usw. gesammelt sind), 114 Ischiaserkrankungen, also 41,5%.

Von der Militärversicherung wurden 10 Fälle nicht anerkannt (Gründe: Mangel an Beweisen für den Zusammenhang mit dem Militärdienst, Simulation, zu späte nachdienstliche Anmeldung).

9 Fälle waren Rezidive früherer, im Militärdienst erworbener, ausgeheilter Ischias.

In 2/5 aller Fälle waren Spitalbehandlung oder Krankenaufenthalte in Heilstätten (Novaggio, Tenero usw.) nötig.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer eines Falles betrug ca. 1,2 Monat, minimal 3 Tage, maximal 5 Monate.

7 Patienten mussten vom Auszug in den Landsturm versetzt oder ausgemustert werden.

Im Jahre 1929 waren von 240 Fällen von «Neuralgien und Neuritis», 100 Ischiaserkrankungen. Es ergaben sich auch hier ungefähr die gleichen Ergebnisse wie im Jahre 1930. Dasselbe gilt für die noch zur Verfügung gestandenen Jahrgänge von 1928 (79/194) und 1927 (76/190).

Trauma als Ursache der Ischias wurde in 4 Fällen angegeben, und zwar:

Distorsio pedis (B. 1929, Doss. 94.691).

Missbewegungen (H. 1930, Doss. 112.626, und G. 1930, Doss. 113.615).

Pferdehufschlag ins Gesäss (D. 1928, Doss. 85.710).

Einmal wurde Gonorrhoe als eventuelle Grundlage der Ischias erwähnt (Sch. 1929, Doss. 92.034).

In gut 95% der Fälle wurde die Ischias auf Erkältung zurückgeführt. Als weitere Ursachen wurden neben den bereits oben erwähnten noch angeführt: Uebermüdung, Obstipation, Varizen, Plattfuss, Velotour, angestrengter Ritt.

Zum Schlusse möchte ich Herrn *Prof. Bing* für die Ueberlassung der Akten und die liebenswürdige Mithilfe bei ihrer Ausarbeitung, ebenso den Vorstehern der *Militärversicherung* in Bern für die zuvorkommende Erlaubnis zur Untersuchung der zu dieser Arbeit nötigen Dossiers, meinen aufrichtigsten Dank aussprechen.